

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Eva-Maria Kors, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

– Drucksache 14/3834 –

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege

Das 2. Neuordnungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (2. NOG) von 1997 hatte zum Anliegen, in der gesetzlichen Krankenversicherung die Selbstverwaltung zu stärken. Die Verbände der nichtärztlichen Leistungserbringer sollten in mehreren Bereichen mit den Krankenkassen im sog. Partnerschaftsmodell Vereinbarungen auf Bundesebene über die zu erbringenden Leistungen schließen, um auf diese Weise an der Normsetzung beteiligt zu werden. Zu diesem Zweck wurden die §§ 39a (Stationäre Hospize), 111a (Vorsorge und Rehabilitation), 125 (Heilmittel) und 132a (Häusliche Krankenpflege) in das SGB V eingeführt. In letzter Zeit haben dabei die Verhandlungen über stationäre Hospize und über die häusliche Krankenpflege besondere Schwierigkeiten bereitet.

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sollen die Verordnungsgrundlage für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten darstellen und den besonderen Erfordernissen der Versorgung psychisch Kranker Rechnung tragen.

Nach § 92 Abs. 7 SGB V hat der Bundesausschuss die Aufgabe, in den Richtlinien die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung zu regeln. Die Richtlinien haben darüber hinaus auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus festzulegen.

Durch die Richtlinien und die gemeinsamen Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zu vereinbaren sind, wird eine im ganzen Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 20. Juli 2000 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Am 25. Oktober 1999 hat der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen erstmals auf der Grundlage des zuvor beschriebenen Partnerschaftsmodells Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Richtlinien mit Schreiben vom 22. Dezember 1999 beanstandet, weil die vorgelegten Richtlinien den Anspruch des Versicherten auf die Behandlungs- und Grundpflege nach § 37 SGB V nicht in allen Fällen sachgerecht ausgestaltet und so den Versichertenanspruch auf Krankenbehandlung in unzulässiger Weise einengten. In der Folge hat das Bundesministerium für Gesundheit mit den Beteiligten Gespräche geführt und als Ergebnis dieser Gespräche den Bundesausschuss aufgefordert, die Richtlinie inhaltlich zu überarbeiten. Der Bundesausschuss hat daraufhin die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege mit Beschluss vom 16. Februar 2000 überarbeitet und erneut dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt. Die nunmehr vorgelegten Richtlinien wurden nicht beanstandet, da sie nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit den Leistungsanspruch der Versicherten auf häusliche Krankenpflege in ausreichendem, zweckmäßigem und wirtschaftlichem Maße ausgestalten.

1. In welchem Rangverhältnis stehen nach Auffassung der Bundesregierung die Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen einerseits und die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene andererseits?

Zur Frage des Rangverhältnisses zwischen den Richtlinien und den Rahmenempfehlungen existieren divergierende Rechtsauslegungen. Nach Auffassung der Bundesregierung ist den Richtlinien des Bundesausschusses Vorrang einzuräumen, da sie bundesweit verbindlich sind und somit einen bundesweit einheitlichen Leistungskatalog für die Versicherten gewährleisten. Außerdem sind die Rahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V „unter Berücksichtigung der Richtlinien“ abzugeben, so dass sich bereits aus dem Gesetzestext ein Vorrang der Richtlinien ergibt. Aus diesen Gründen wurden die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege auch nicht wegen einer möglichen Kompetenzüberschreitung des Bundesausschusses beanstandet.

2. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen auch die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege umfasst?

Wenn ja, was soll dann Inhalt der Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V sein?

Die nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zu beschließenden Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung sollen die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung regeln. Des Weiteren sollen sie den Inhalt und den Umfang der Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und dem jeweiligen Pflegedienst sowie ggf. dem Krankenhaus regeln. Damit die Richtlinien als Maßgabe für das ärztliche Handeln die Verordnung und die ärztliche Zielsetzung der häuslichen Krankenpflege regelhaft vorgeben können, müssen sie eine Aufzählung der verordnungsfähigen Pflegeleistungen enthalten. Darüber hinaus konkretisieren die Richtlinien des Bundesausschusses den Leistungsanspruch der Versicherten auf häusliche Krankenpflege. Mit den in den Richtlinien enthaltenen Verzeichnisse der verordnungsfähigen Pflegeleistungen

wird somit erstmalig ein bundesweit einheitlicher Leistungskatalog für die häusliche Krankenpflege vorgegeben.

Die Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Pflegedienste abzugeben sind, sollen eine einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege regeln. Sie konkretisieren somit das Leistungserbringerrecht, indem sie insbesondere Regelungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung vorgeben. Die Rahmenempfehlungen wenden sich an die Pflegedienste und die Krankenkassen und beinhalten Leistungsbeschreibungen, die Abgrenzung zwischen Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung und Aussagen zur Vergütung. Dabei sind die Rahmenempfehlungen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V abzugeben.

3. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass mit den Richtlinien und den Rahmenempfehlungen zwei Regelungen nebeneinander bestehen, die denselben Gegenstand zum Inhalt haben?
4. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Regelungsinhalte von Richtlinien und Rahmenempfehlungen klar voneinander abgegrenzt werden?

Hält die Bundesregierung eine gesetzliche Klarstellung für erforderlich?

Wenn ja, wann ist mit einer Gesetzesinitiative zu rechnen?

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V und die Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V haben innerhalb des so genannten „Partnerschaftsmodells“ die Aufgabe, den Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege zu regeln. Aufgrund der parallelen Aufgaben der Richtlinien und der Rahmenempfehlungen bedingen sich diese beiden Regelungen bis zu einem bestimmten Maße gegenseitig.

Um zu gewährleisten, dass die Richtlinien und die Rahmenempfehlungen nicht sich widersprechende Regelungen für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege enthalten, ist zum einen vorgegeben, dass die Rahmenempfehlungen unter Berücksichtigung der Richtlinien abzugeben sind. Ferner sind beide Regelungskomplexe durch ein Anhörungsrecht der jeweils nicht beteiligten Leistungserbringer miteinander verzahnt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die sich gegenseitig ergänzenden Verantwortungsbereiche von Ärzten und Pflegediensten – und somit auch die sich gegenseitig ergänzenden Regelungsbereiche der Richtlinien und der Rahmenempfehlungen – gemeinsam ausgefüllt werden.

Eine strikte Trennung der Regelungsinhalte der Richtlinien und der Rahmenempfehlungen ist aufgrund der dargestellten Zusammenhänge nicht sachgerecht. Eine gesetzliche Neuregelung ist aus Sicht der Bundesregierung entsprechend nicht erforderlich.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung Befürchtungen der Spitzenorganisationen der Pflegedienste, mit den jetzt vom Bundesministerium für Gesund-

heit nicht mehr beanstandeten Richtlinien sei eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Frage gestellt?

6. Warum hat das Bundesministerium für Gesundheit in einem Gespräch auf Abteilungsleiterenebene mit den Spitzenverbänden der Pflegedienste deren Bedenken hinsichtlich der Prophylaxe geteilt, diese gegenüber dem Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen auch artikuliert, bei der erneuten Vorlage der Richtlinie aber dennoch auf eine Beanstandung verzichtet?

Die erste Fassung der Richtlinien aus Oktober 1999 wurde durch das Bundesministerium beanstandet, da die vorgelegten Richtlinien den Anspruch des Versicherten auf die Behandlungs- und Grundpflege nach § 37 SGB V nicht in allen Fällen sachgerecht ausgestaltet und so den Versichertenanspruch auf Krankenbehandlung in unzulässiger Weise einengten. Der Bundesausschuss wurde aufgefordert, die Richtlinien neu zu beschließen. Dabei wurde u. a. die Regelung der Prophylaxe – und hier speziell der Dekubitusprophylaxe – als unzureichend beanstandet und eine ergänzende Regelung gefordert.

Der Bundesausschuss ist der Beanstandung nachgekommen. Er hat die Richtlinien neu gefasst und dabei auch die Regelung zur Prophylaxe neu formuliert. Die neu gefassten Richtlinien wurden daher nicht beanstandet.

7. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen seiner Verpflichtung nach § 92 Abs. 7 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nachgekommen ist, die Stellungnahmen der in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringer in seine Entscheidung einzubeziehen?
8. Wie hat das Bundesministerium für Gesundheit die in § 92 Abs. 7 Satz 2 2. Halbsatz SGB V verankerte Pflicht des Bundesausschusses im Rahmen seiner Prüfung nach § 94 Abs. 1 SGB V berücksichtigt und überprüft?
9. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass der Bundesausschuss die Verbände der Leistungserbringer ausschließlich durch die Möglichkeit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angemessen an der Erarbeitung der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege beteiligt hat?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der Richtlinienprüfung nach § 94 SGB V u. a. geprüft, ob der Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege den Spitzenorganisationen der Pflegedienste Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben hat und ob die Stellungnahmen in die Entscheidung des Bundesausschusses eingeflossen sind.

Auf Nachfragen des Bundesministeriums hat der Bundesausschuss mitgeteilt, dass er Stellungnahmen zu dem Richtlinienentwurf über die Verordnung häuslicher Krankenpflege eingeholt hat und dass der zuständige Arbeitsausschuss sich in einer Vielzahl von Sitzungen eingehend mit den Stellungnahmen auseinandergesetzt hat. Die Niederschriften über die Beratungen der einzelnen Stellungnahmen, die dokumentieren, wer zu welcher Regelung welche Stel-

lungnahme abgegeben hat und ob ihr gefolgt oder nicht gefolgt worden ist, liegen dem Bundesministerium vor.

Die gesetzliche Verpflichtung, den betroffenen Leistungserbringern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, enthält keine Vorgaben, in welcher Form die Anhörung zu erfolgen hat. Es ist gesetzlich nicht festgelegt, ob z. B. eine mündliche Anhörung erfolgen sollte und ob die Anhörungsberechtigten über die Art, wie ihre Stellungnahmen einbezogen wurden, zu unterrichten sind. Der Bundesausschuss hat die Durchführung der Anhörung in seiner Verfahrensordnung aus November 1997 eigenständig geregelt. Danach holt der Bundesausschuss in der Regel schriftliche Stellungnahmen ein. Die Stellungnahmen werden vom zuständigen Arbeitsausschuss ausgewertet. Hierüber wird eine Niederschrift angefertigt, aus der die Ergebnisse der Ausschussberatungen zu den einzelnen Stellungnahmen und die Gründe für die Nichtberücksichtigung von Einwänden hervorgehen muss. Bei weitergehendem Klärungsbedarf kann der Ausschuss eine mündliche Anhörung durchführen. Die dargestellte Verfahrensweise wird der gesetzlichen Zielsetzung gerecht und ist sozialgerichtlich gebilligt worden.

10. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass mit einem Anteil der häuslichen Krankenpflege (Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung) von 1,05 % an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung angesichts der demographischen Entwicklung auch in Zukunft noch der gesetzlich verankerte Leistungsanspruch der Versicherten auf häusliche Krankenpflege zu gewährleisten ist?

Die gesetzlichen Bestimmungen über die häusliche Krankenpflege als Leistung der GKV beinhalten eine Versorgung der Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege im ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Maße. Eine gesetzliche Fixierung der Ausgaben der GKV für häusliche Krankenpflege auf einen bestimmten Prozentanteil an den Gesamtausgaben der GKV existiert nicht.

